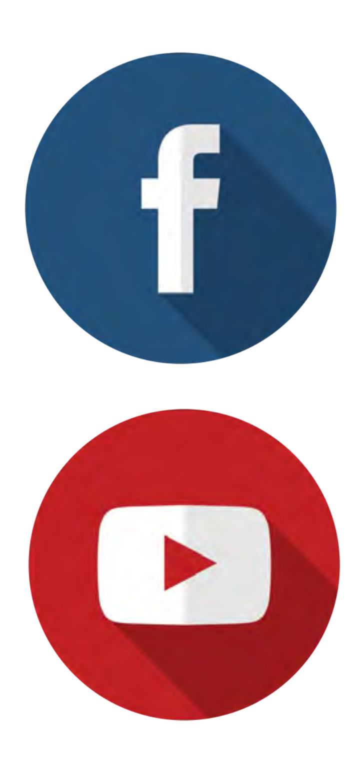
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

Pr. Sid Idris

Dr. Guettouche

Dr. Khelifi

MALADIE DE CROHN

DEFINITION:

La maladie de Crohn fait partie, avec la RCH, des maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI). Cette affection peut atteindre la totalité du tube digestif mais touche en priorité le grêle et le colon. L'évolution de la maladie de Crohn est très souvent imprévisible et sa morbidité est lourde .

EPIDEMIOLOGIE:

La maladie peut survenir à tout âge, mais le pic de fréquence: 20 et 30 ans.;

Elle touche un peu plus la femme que l'homme;

Le fait de fumer et/ou d'être porteur de mutations de gènes de susceptibilité de la maladie accroît faiblement le risque de développer la maladie;

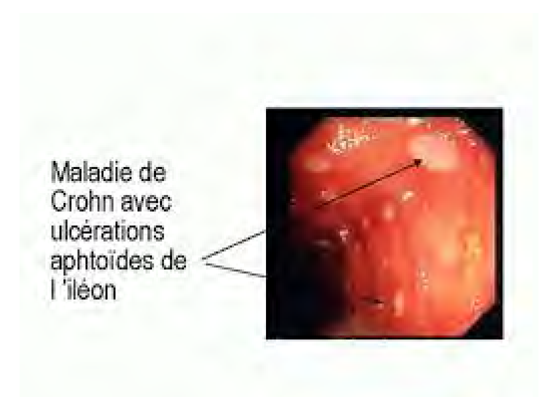
La maladie semble multifactorielle (susceptibilité génétique, flore intestinale particulière, dysfonctionnement du système immunitaire);

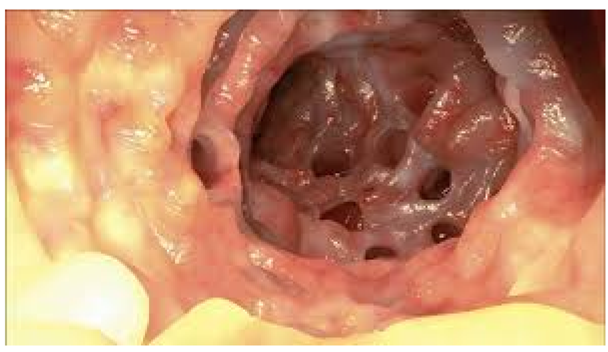
ANATOMOPATHOLOGIE:

Macroscopie: les lésions intestinales sont segmentaires, avec intervalles de muqueuse saine:

- ulcérations aphtoïdes
- ulcérations profondes, serpigineuses étendues
- sténoses dûes à l'épaississement de la paroi.

Ces différentes lésions peuvent être le point de départ d'abcès ou de fistules dans les organes de voisinage.



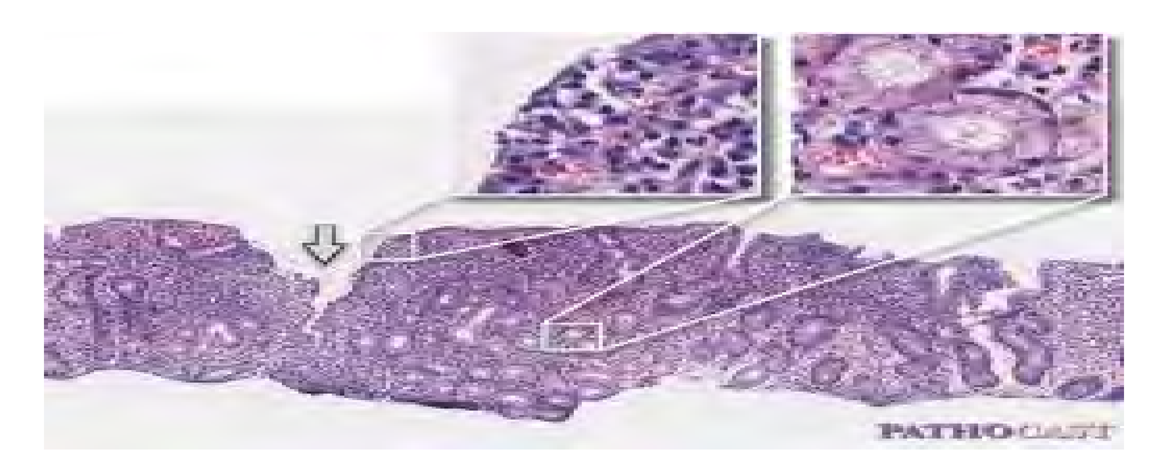




Microscopique : les lésions sont polymorphes souvent focales avec alternance de plages lésées et saines. Cette hétérogénéité justifie des biopsies multiples et étagées.

Le critère pathognomonique est la présence de granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséeuse (inconstant). Ceux-ci sont formés de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de cellules géantes.

Les lésions sont souvent transmurales.



DIAGNOSTIC:

QUAND ÉVOQUER LE DIAGNOSTIC ?

– toute diarrhée prolongée ;

– certaines lésions proctologiques ;

– toutes douleurs abdominales inexpliquées (FID++);

– associées à l'un ou plusieurs des éléments suivants :

- syndrome biologique inflammatoire,
- anémie, • signes biologiques de malabsorption,
- altération de l'état général,
- signes extra-digestifs;
- retard de croissance, • petite taille sans contexte familial;

CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

endoscopie œso-gastro-duodénale et coloscopie (iléoscopie rétrograde) avec biopsies étagées, même en territoire apparemment sain. Les signes histologiques d'inflammation chronique peuvent être présents dans une muqueuse en apparence saine.

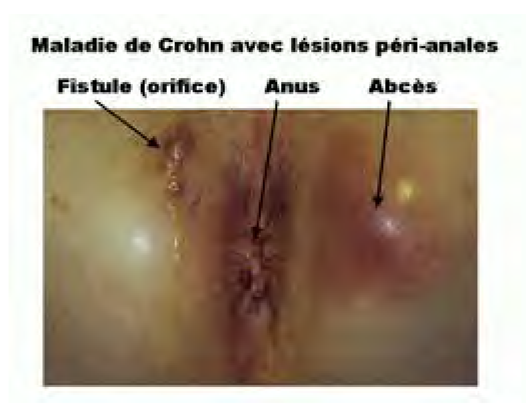
Un examen proctologique (fissures latérales, ulcérations endo-anales, pseudo-marisques ulcérées, abcès et/ ou fistules complexes) doit être fait : utile au diagnostic de départ et toujours nécessaire à l'état des lieux lésionnel initial.

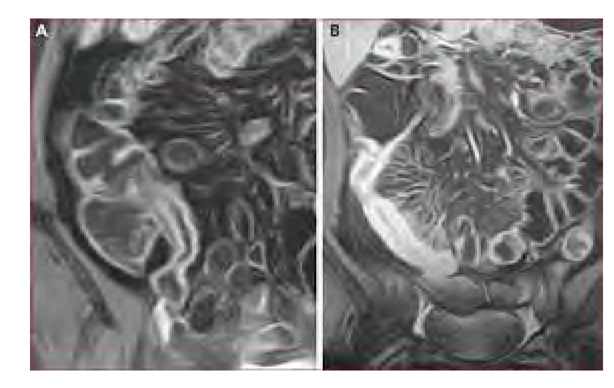
Si l'on suspecte une atteinte de l'intestin, l'endoscopie conventionnelle par un transit baryté du grêle et/ ou une entéro-TDM (IRM). Un examen par vidéocapsule ou une entéroscopie double ballon.

Les anomalies radiologiques de la maladie de Crohn sont segmentaires et asymétriques par rapport à l'axe de l'intestin ; elles résultent de l'association d'une rigidité et/ou d'un épaississement des parois, de rétrécissements, d'ulcérations et d'un aspect nodulaire de la muqueuse. Il peut en résulter des aspects de pavage, des images de fissures et de fistules ainsi que des sténoses.

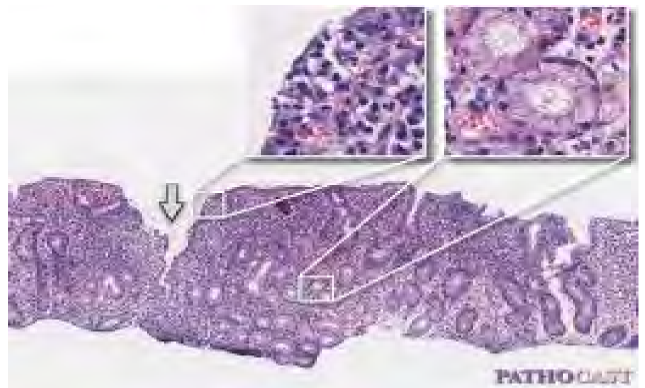
En résumé, l'association du contexte clinique et biologique et de certains aspects radiologiques caractéristiques de l'intestin grêle apporte parfois une quasi-certitude diagnostique de maladie de Crohn











DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL:

- ***Les colites infectieuses***

Ce sont les causes les plus fréquentes d'iléo-colite aiguë :

- salmonelle, shigelle, campylo-bacter jejuni, yersinia anterocolitica, escherichia coli, amibes pathogènes,
- cytomégalovirus chez le sujet immunodéprimé,
- clostridium difficile et klebsielle oxytoca chez les patients traités par antibiotiques.

-Les colites non- infectieuses

- les colites aux AINS de diagnostic souvent difficile,
- les colites ischémiques chez les sujets âgés aux antécédents cardio-vasculaires,
- les colites radiques (antécédents de radiothérapie abdomino-pelvienne)
- la maladie de Behcet, présentant des aphtes de localisation bipolaire

- ***La rectocolite hémorragique***

Dans 10 à 20 % des premières poussées de Maladie inflammatoire chronique de l'intestin colique pure (jusqu’à 50 % en cas de colite grave inaugurale), il n’est pas possible de trancher entre les diagnostics de MC et de RCH : on parle alors de MICI inclassée. Pour progresser dans le diagnostic, on peut s’aider d’arguments épidémiologiques, sérologiques (ANCA/ASCA) et morphologiques.

EVOLUTION-COMPLICATION:

L'évolution de la maladie de Crohn se fait le plus souvent par poussées-rémission plus ou moins longues, parfois sur un mode continu avec exacerbations ; la guérison spontanée est exceptionnelle.

Les complications les plus fréquentes sont :

– les occlusions ;

– les sténoses ;

– les fistules ;

– les abcès et perforations ;

– plus rarement les hémorragies ;

- en cas de maladie de Crohn colique, la colite aiguë grave avec parfois colectasie ;
- à long terme, le risque de cancer colique et d'adénocarcinome de l'intestin grêle est accru par rapport à celui, spontanément bas, de la population générale ;
- chez l'enfant, le retard staturo-pondéral est fréquent.

TRAITEMENT:

But:

- Traiter les poussées et prévenir les rechutes
- Prévenir, détecter et traiter précocement les complications de l'histoire naturelle de la maladie et des traitements.
- Assurer la prise en charge psychologique.
- Veiller à maintenir un état nutritionnel correct et, chez l'enfant, permettre une croissance satisfaisante.
- Contribuer à l'éducation du patient et l'entourage
- Améliorer la qualité de vie.

Moyens:

- *Traitement symptomatique et règles hygiéno-diététiques:* antispasmodiques; antalgique; arrêt du tabac et régime hyperprotidique.
- *Médicaments anti-inflammatoires:*

Dérivés salicylés: Salazo-sulfapyridine (Salazopyrine), l'acide 5 aminosalicylique (5 ASA°) ou mésalazine (Pentasa°, Rowasa °).

Corticoïdes : traitement efficace des poussées de maladie de Crohn. La prednisone (Cortancyl°) ou la prednisolone (Solupred°)

- *Immuno-suppresseurs:*

L'azathioprine (Imurel°) efficace dans certaines formes de corticodépendances ou corticorésistances de la maladie de Crohn.

Le métothrexate et la ciclosporine ont été utilisés dans le traitement de certaines formes de MICI, après échec de l'Imurel.

- *Les antibiotiques:*

Le métronidazole (Flagyl°) , la ciprofloxacine (Ciflox °) seraient efficaces dans les localisations ano-périnéales de la maladie de Crohn.

- *Les anti-TNF-a:*

L'infliximab (Rémicade°)

- *Traitement chirurgical:*

Ne doivent être opérées que les formes compliquées et résistantes au traitement médical. La résection intestinale doit être la plus limitée possible.

- *Nutrition artificielle:*

La nutrition parentérale ou entérale élémentaire permet dans certains cas une rémission des poussées évolutives de la maladie de Crohn.

Indications:

le traitement des poussées, selon une stratégie de riposte graduée en fonction de la sévérité des poussées (dérivés 5-amino-salicylés , corticoïdes traitements nutritionnels, exceptionnellement anti-TNF (infliximab)) ;

le traitement d'entretien est destiné à l'obtention de la rémission, en le sevrant si besoin en corticoïdes, et à prévenir les rechutes. On a recours aux: immunosuppresseurs, essentiellement les analogues des purines et, en cas d'échec, parfois le méthotrexate.

En cas d'échec des immunosuppresseurs, le recours à l'administration régulière d'anticorps anti-TNF-alpha, est justifié.

Les interventions chirurgicales sont indiquées en cas de complication mécanique de la maladie (perforation, sténose ou fistule symptomatique, rarement hémorragie grave), et du fait de l'absence de contrôle des symptômes de la maladie par les traitements médicaux. Il s'agit d'indications de nécessité et non de principe. En effet, l'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récidives.

RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE

Définition:

Inflammation chronique de ***la muqueuse***

Atteinte constante ***du rectum***,

Extension continue plus ou moins vers le caecum

Respect ***du grêle***,

Évolution par poussées

Épidémiologie:

Age de survenue :

surtout entre 15 et 40 ans, possible à tout âge

Sexe:

homme = femme

Quasi-disparition de la mortalité liée aux MICI

Physiopathologie:

Pathogénie inconnue

Maladie multifactorielles complexes

Prédisposition génétique

Réponse immunitaire muqueuse anormale vis à vis de la microflore intestinale, déclenchée ou aggravée par des facteurs environnementaux (stresse,contraceptif oral…) .

Rôle protecteur du tabac et de l’appendicectomie

Clinique:

- **Signes généraux:**

Asthénie

Amaigrissement

Fièvre

Tachycardie

(Gravité de la poussée)

Clinique:

Manifestations digestives:

Rectorragies +++
diarrhée : fécale/afécale (glaire/mucus)
douleurs abdominales (colique,fosse iliaques gauche,cadre colique)
Signes ano-recteaux (ténesme,épreintes,faux besoins)
Distension abdominale (signe de gravité si importante)

Examen physique:

Sensibilité diffuse ou localisée à la fosse iliaque gauche
Ballonnement abdominal (coléctasie)
Examen de la marge anale: (glaires, sang)

Rechercher les manifestation extra digestive de la maladie

Signes extra digestifs:

- Pyoderma gangrenosum
- Cholangite sclérosante
- Cancer des voies biliaires
- Asthénie, anorexie, amaigrissement



Pyoderma gangrenosum







uvéite

Critères de gravité d'une poussé de RCH:

Critères de Truelove et Witts (Oxford)

- Plus de 6 émissions glairo-sanglantes par 24 heures
- Tachycardie supérieure à 90/minute
- Fièvre supérieure à 37.5°C en moyenne ou à 37,8°C plus de 2 jours sur 4
- Anémie avec hémoglobine inférieure à 75% de la normale
- VS supérieure à 30 mm à la première heure

QUAND ÉVOQUER LE DIAGNOSTIC ?

Devant toute diarrhée prolongée,
surtout hémorragique

Devant tout syndrome dysentérique, même a
minima (évacuations afécales glaireuses et/ou hémorragiques accompagnant des selles par ailleurs normales).

Cholangite sclérosante (l'association fréquente entre les deux maladies)

Modification récente du transit intestinal associée à une
altération de l'état général et/ou une carence martiale et/ou un syndrome inflammatoire inexpliqués.

Diagnostic para-clinique:

Bilan biologique:

- Syndrome inflammatoire : inconstant
  - NFS, VS, CRP
- Marqueurs nutritionnels
  - vitamines (B12, folates ...), métabolisme du fer
  - Albuminémie, pré-albumine, cholestérol ...
- Examen parasitologique des selles (diagnostic différentiel:amibiase intestinale)

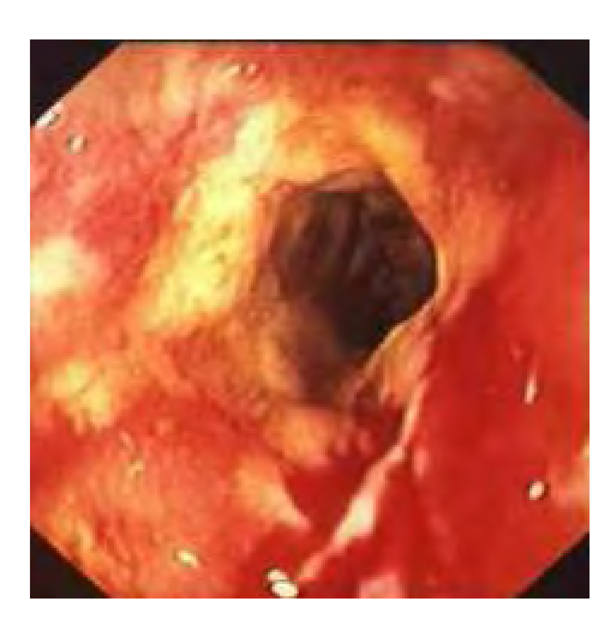
Endoscopie:

caractéristiques endoscopiques :

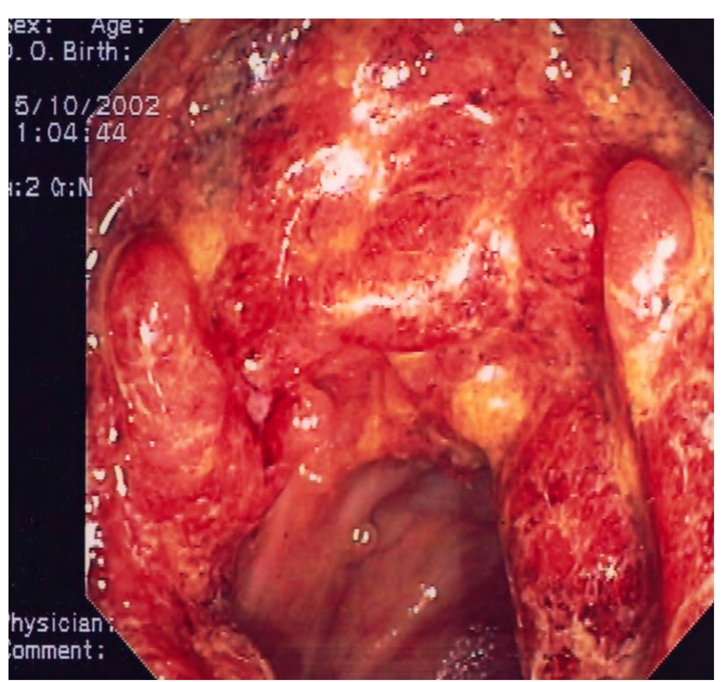
	RCUH	**MC**
	rectum/colon	œsophage jusqu'à l'anus
	continue	discontinue
Topographie	monomorphe superficielle	polymorphe et asymétrique profonde et transmurale
Lésions élémentaires	congestions hémorragiques glaires ,pus ulcérations pseudopolypes	ulcérations aptoides superficielles creusantes sténoses



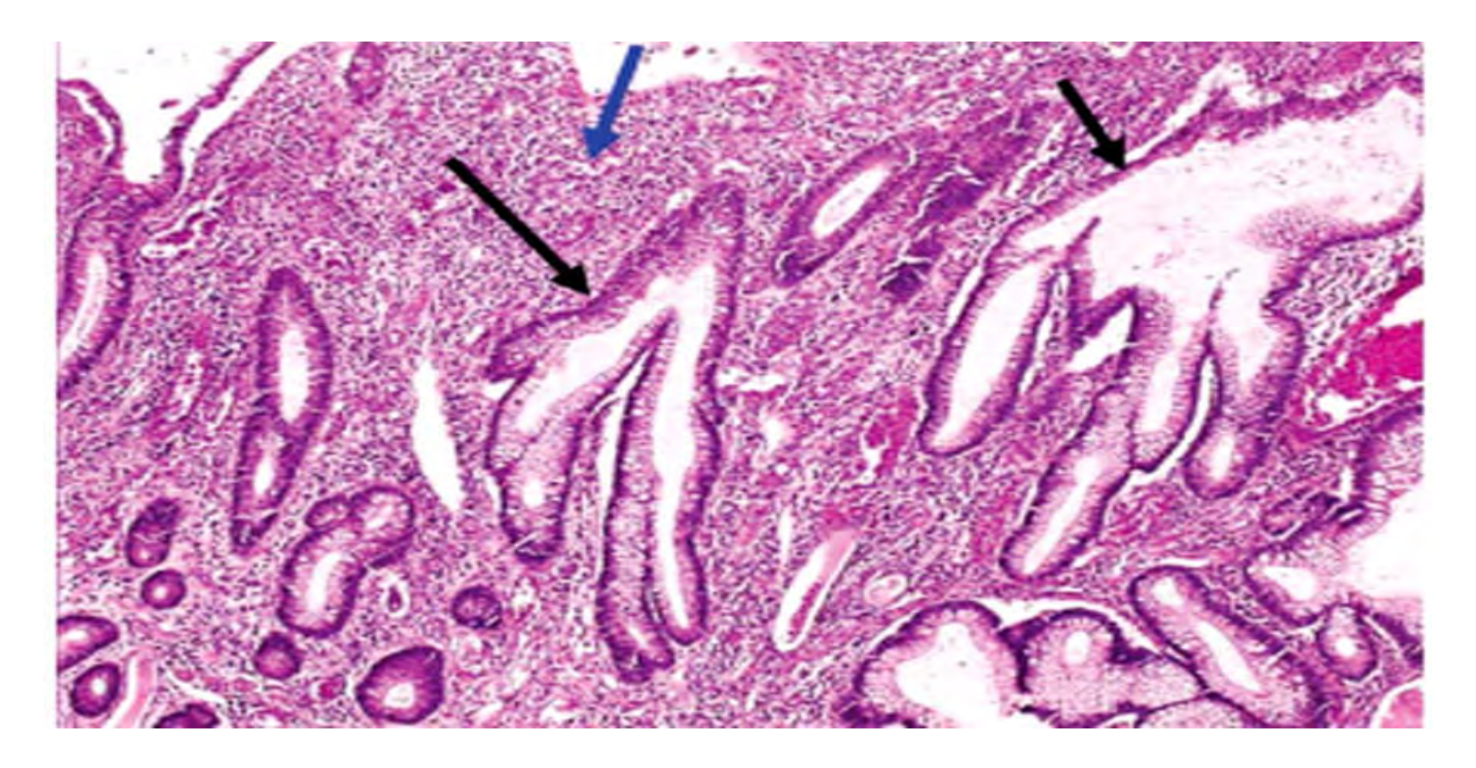







Age:
. O. Birth:
5/10/2002
1:04:44
hysician:
omment:

Histologie:



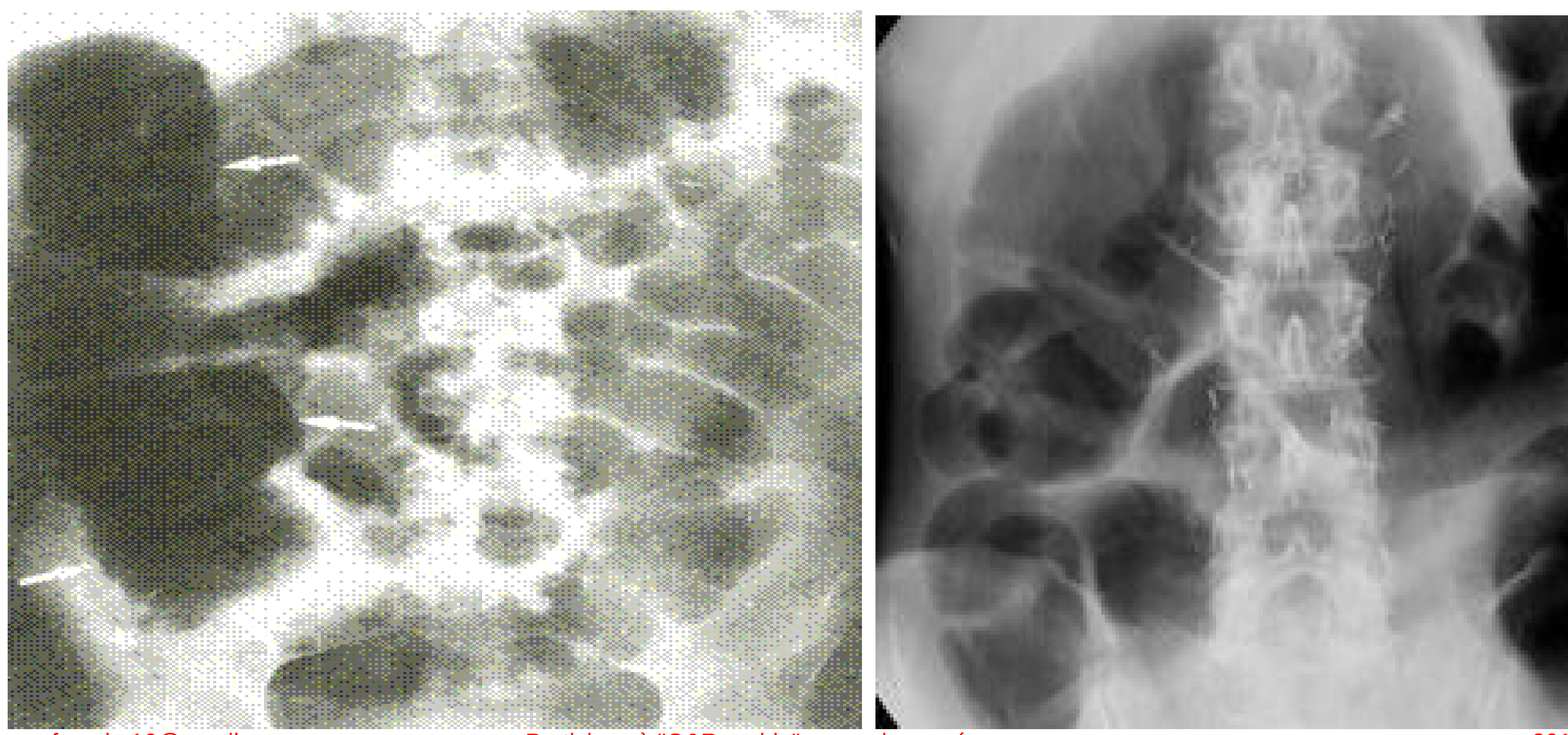
Anomalies histologiques au cours de la rectocolite hémorragique.
Importantes déformations glandulaires (flèches noires) et infiltrat cellulaire du chorion (flèche bleue).

Imagerie:

ASP:

Mégacôlon toxique(calibre supérieure à 6 cm du côlon transverse),disparition des haustrations coliques.

Pneumopéritoine (perforation)



Lavement baryté en double contraste: place limité

Aspect de granité muqueux avec un colon tubulé



Échographie:

Épaississement pariétale circonférentiel de la paroi colique sans anomalie de la graisse péri- rectocolique

Scanner et entéroscanner:

L'atteinte se caractérise par l'épaississement pariétal digestif est en règle générale régulier, modéré compris entre 10 et 20 mm et circonférentiel symétrique .

Évolution:

poussée remissions avec:

Risque de rechute difficile à prévoir initialement (chaque malade a son «!profil évolutif!»

Risque d’extension de la colite (30 %)

Risque de colite grave (15%)

Risque accru de cancer du côlon

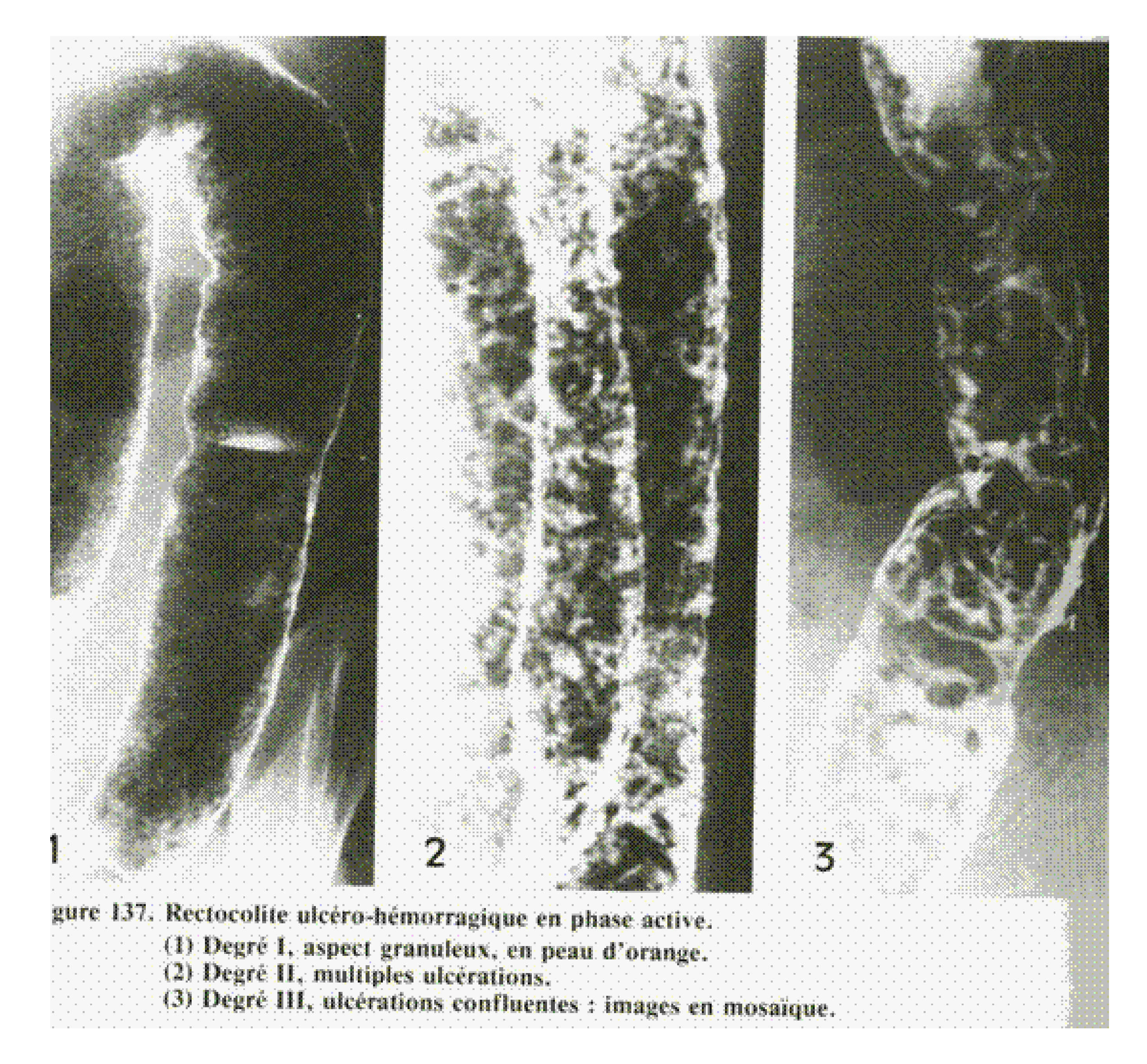
Complications:

Colectasie ou mégacôlon toxique

Perforation colique

Cancer colique

Hémorragie massive



gure 137. Rectocolite ulcéro-hémorragique en phase active.
(1) Degré I, aspect granuleux, en peau d'orange.
(2) Degré II, multiples ulcérations.
(3) Degré III, ulcérations confluentes : images en mosaïque.

Traitement:

BUTS:

Obtenir une mortalité nulle
Assurer un confort de vie
Éviter les complications

MOYENS:

Traitement médical
Traitement chirurgical

Traitement médical:

le traitement des poussées:

selon une stratégie de riposte graduée en fonction de la

sévérité des poussées (dérivés 5-amino salicylés par voie générale et/ou locale,corticoïdes, rarement ciclosporine et anti-TNF (infliximab)) ;

le traitement d'entretien:

est destiné à mettre le patient en rémission, en le sevrant si

besoin en corticoïdes, à prévenir les rechutes.

On a recours en première intention aux dérivés 5-amino-salicylés qui sont efficaces chez une bonne partie des patients, et en cas

d'échec aux analogues des purines (azathioprine ou 6-mercaptopurine) et, en cas d'échec, à l'administration régulière d'anticorps anti-TNF-alpha.

Le traitement chirurgical:

concerne environ 20 à 30 % des malades sur toute la durée de
la maladie. Il est envisagé dans deux situations :

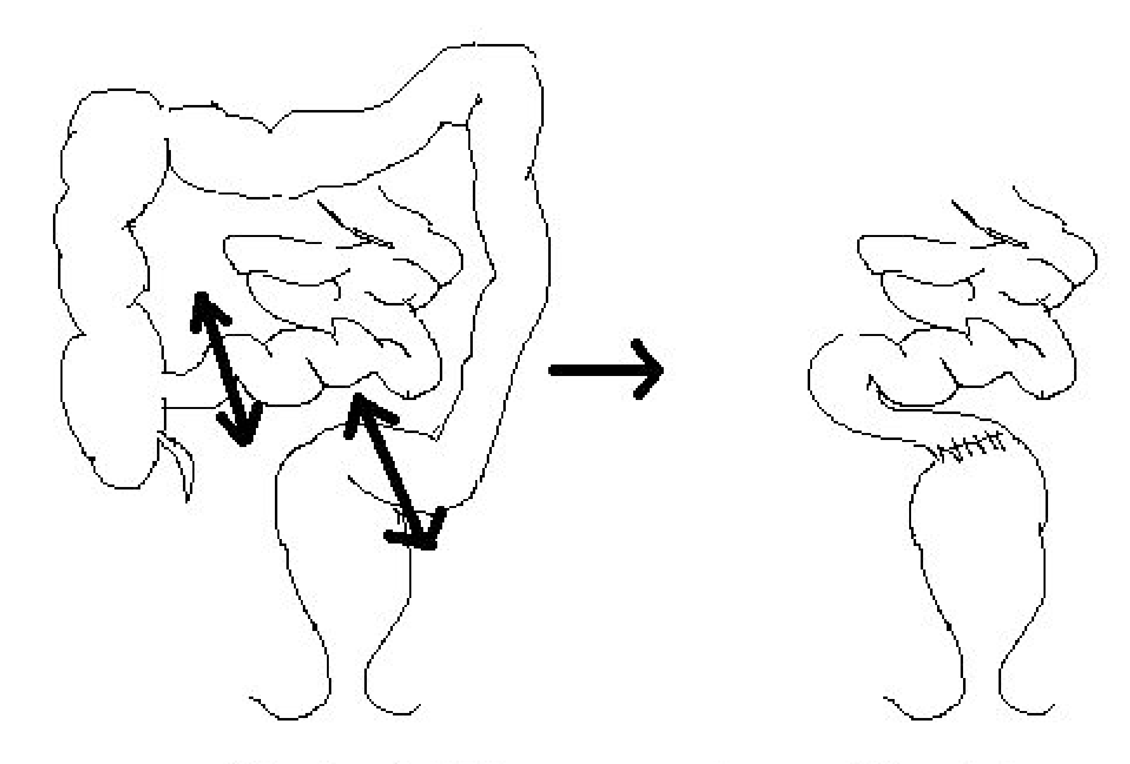
Échec du traitement médical d'une colite aiguë grave ou d'une forme plus chronique.

Dans ces cas, il sera discuté, en fonction du contexte :

soit une colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale (dans ce cas le malade reste exposé à une récidive de la maladie sur le rectum restant),

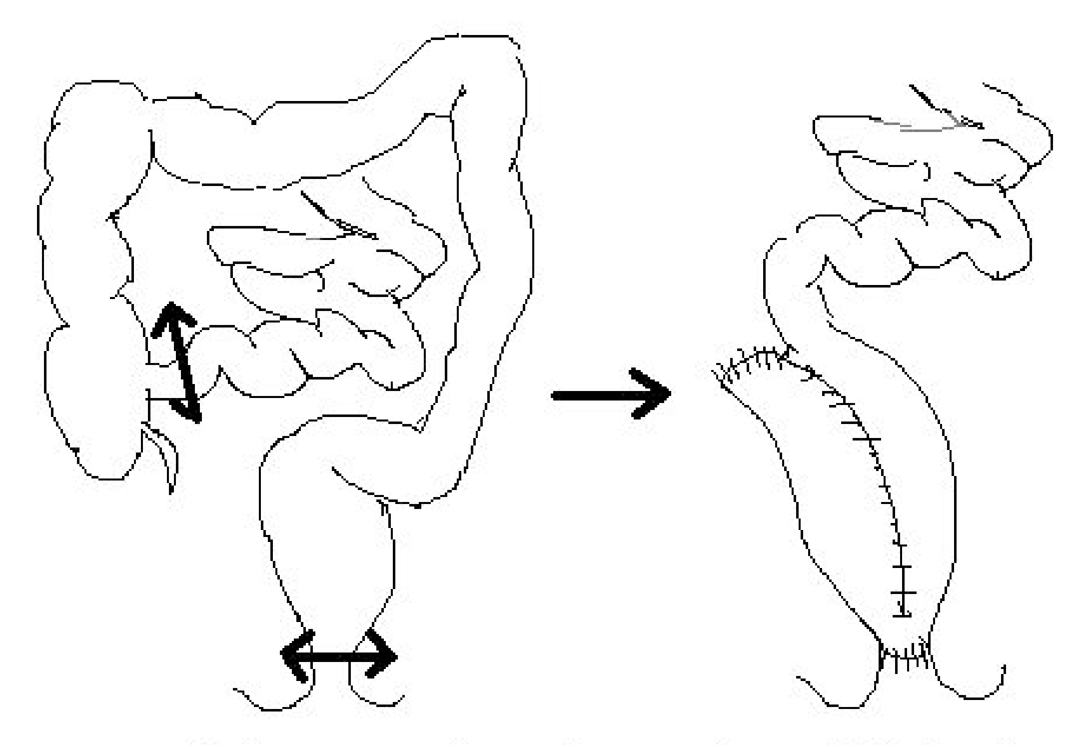
soit une coloproctectomie avec confection d'un réservoir iléal et anastomose iléoanale qui obtient une guérison de la maladie par ablation de l'organe cible ;

Traitement chirurgical:



Colectomie totale avec anastomose iléorectale

Traitement chirurgical:



Colproctectomie totale avec réservoir iléal en J
et anastomose iléoanale

Crohn et de rectocolite hémorragique.

	Maladie de Crohn	RCH
Présence de lésions inflammatoires de l'œsophage à l'iléon terminal	Des lésions inflammatoires nettes[1] (surtout ulcérées et/ou comportant des granulomes), sont spécifiques de maladie de Crohn (sauf iléite terminale modérée sur quelques cm)	Iléite terminale modérée sur quelques cm, dite iléite de reflux, seule possible
Lésions ano-périnéales	Ulcérations canalaires anales, pseudomarisques ulcérées, fissures multiples, abcès/fistules complexes, quasi-spécifiques de maladie de Crohn	Fissures postérieures et abcès/fistules simples seules admises
Topographie et distribution des lésions coliques	Lésions typiquement : – segmentaires et multifocales – discontinues, c'est-à-dire ménageant des plages muqueuses macroscopiques ou microscopiques saines	Lésions typiquement homogènes et continues depuis le haut du canal anal jusqu'à la limite d'amont des lésions, souvent abrupte Possible foyer lésionnel péri-appendiculaire en cas de RCH gauche
Type des lésions macroscopiques	Ulcérations aphtoïdes plutôt observées au cours de la maladie de Crohn Rails longitudinaux évocateurs de maladie de Crohn	Aspect inflammatoire continu de la muqueuse, parsemé d'ulcérations de profondeur variée en cas d'atteinte plus sévère
Type des lésions microscopiques	Mucosécrétion en général conservée, au moins en certains endroits des territoires lésés Fissures en zigzag évocatrices de maladie de Crohn Granulomes épithélioïdes complets[2] (sauf granulomes à corps étrangers) spécifiques de maladie de Crohn	Forte déplétion en mucus Diminution de la densité des cryptes Surface muqueuse villeuse